Aus der Frauenklinik und Poliklinik
der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr.med. K.-H. Wulf

---

# UNTERSUCHUNGEN ÜBER STERILISATIONSFOLGEN AN 182 PATIENTINNEN DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK WÜRZBURG

Inaugural-Dissertation
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Marion Albani
aus Werne

Würzburg, den 25. April 1980

Aus der Frauenklinik und Poliklinik
der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr.med. K.-H. Wulf

---

# UNTERSUCHUNGEN ÜBER STERILISATIONSFOLGEN AN 182 PATIENTINNEN DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK WÜRZBURG

Inaugural-Dissertation
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Marion Albani
aus Werne

Würzburg, den 25. April 1980

| | |
|---|---|
| Referent: | Priv.Doz. Dr.med. V. Lehmann |
| Korreferent: | Professor Dr.med. K.-H. Wulf |
| Dekan: | Professor Dr.med. K.-H. Wulf |

Tag der mündlichen Prüfung: 15. Dezember 1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

# I N H A L T S V E R Z E I C H N I S


| | | Seite |
|---|---|---|
| I. | EINLEITUNG | 1 |
| | 1. Die medizinische Indikation | 2 |
| | 2. Die eugenische Indikation | 2 |
| | 3. Die soziale Indikation | 2 |
| II. | METHODIK | 4 |
| III. | ERGEBNISSE | 10 |
| IV. | DISKUSSION | 29 |
| | A) Welche Motive führten zur Sterilisation? | 32 |
| | B) Somatische und psychosomatische Beschwerden | 32 |
| | C) Beeinflussung der Regelanamnese | 35 |
| | D) Auswirkungen auf den psychischen Bereich | 36 |
| | E) Standardisierte Testverfahren | 37 |
| V. | ZUSAMMENFASSUNG | 39 |
| | A) Gesamtergebnisse | 39 |
| | B) Unterschiede zwischen den drei Gruppen | 41 |
| | C) Standardisierte Testverfahren | 42 |
| L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S | | I-III |

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543527_0100

## I. EINLEITUNG

Schon 1836 versuchte BLUNDELL die Konzeptionsverhütung durch Tubendurchschneidung, doch konnte dieser Gedanke in jener voraseptischen Zeit keinen stärkeren Einfluß gewinnen. In den folgenden Jahren wurden zwar immer wieder Versuche unternommen, jedoch ohne nennenswerten Erfolg. 1897 führte KEHRER eine exakte Operationstechnik ein, womit das Problem wieder größere Bedeutung bekam. Aber erst als Harry SHARP, Gefängnisarzt in Jeffersonville im Staate Indiana, eine einwandfreie Technik für die Vasektomie ausgearbeitet hatte, entstand in Nordamerika eine lebhafte Bewegung für die Unfruchtbarmachung aus rassehygienischer Indikation. Spezielle Sterilisationsgesetze wurden erlassen. Seither waren die Zahlen auch in anderen Ländern im Steigen begriffen.

In Deutschland führte diese Entwicklung zu dem sogenannten "Erbgesundheitsgesetz" vom 14.3.1933. Danach konnte jeder Erbkranke dann sterilisiert werden, "wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Schäden leiden werden". Zwangsweise Sterilisierung war nach GREVE dann möglich, wenn das Erbgesundheitsgericht eine Berufung verworfen hatte. BOETER und andere bezeichneten damals die Sterilisation "aller geistig und moralisch Minderwertigen" sogar als ethische Pflicht.

Nach dem Kriege trat die Sterilisation aus eugenischen Gründen mehr und mehr in den Hintergrund. Andere Indikationen gewannen statt dessen an Bedeutung. Heute ist die häufigste Indikation zur Sterilisation in der Bundesrepublik das sogenannte "abgeschlossene Familienbild", eine von den Partnern selbst gewünschte Begrenzung der Kinderzahl.

1. Die medizinische Indikation

Sie erstreckt sich auf "alle Leiden, die eine Schwangerschaftsunterbrechung erforderlich machen würden und die nach heutigem Stand unseres Wissens einer Heilung oder einer Besserung, die das Austragen einer Schwangerschaft zu einem späteren Zeitpunkt ohne Gefahr möglich machen würde, nicht zugänglich sind". (KEPP) Dazu gehören u.a. neben wiederholten schweren Gestosen, Atonien, mehreren Schnittentbindungen auch schwere Fälle von Morbus haemolyticus neonatorum und schwerer Diabetes; außerdem Fälle, in denen durch die Schwangerschaft eine psychisch unzumutbare Belastung für die Mutter entstehen würde. Gerade letzteres wird von vielen psychiatrischen Autoren als Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung abgelehnt. (ALZHEIMER, BONHOEFFER, BUMKE, MENDE, STEMMLER)

2. Die eugenische Indikation

Sie betrifft zu 95 % neurologisch-psychiatrische Erkrankungen. Nach GREVE bliebe von dem Katalog der Erbkrankheiten des Erbgesundheitsgesetzes von 1933 heute lediglich die Chorea Huntington als eindeutiges dominantes Erbleiden übrig. Allerdings erschwert das hohe Erkrankungsalter die rechtzeitige Erfassung. Auch kann es innerhalb der Foetalzeit zu Störungen kommen, die das Kind so schwer schädigen, daß es körperlich mißgebildet ist oder in seiner geistigen Entwicklung zurückbleibt.

3. Die soziale Indikation

Die Sterilisation aus sozialen Gründen ist nach der BHG-Entscheidung im Falle DOHRN nach § 226a StGB geregelt,

d.h. es ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Operation trotz der Einwilligung der Patientin gegen die "guten Sitten" verstößt.

Die rechtliche Situation ist bei der Sterilisation nicht ausreichend geklärt. Nach einem Bundesgerichtshofurteil vom 27.10.64 sind freiwillige Sterilisationen aus den oben genannten Indikationen zulässig. Die Durchführung dieses Eingriffes wurde nach Auffassung der Ärztekammern in den Ermessensbereich der Gynäkologen gestellt. Der Deutsche Ärztetag hat im Mai 1965 bereits Gutachterausschüsse bei den Kammern für die Sterilisation vorgeschlagen. Auch der Bundesrat hat schon vor längerer Zeit den Bundestag beauftragt, eine rechtliche Lösung für die Sterilisation herbeizuführen. Es läßt sich jedoch noch nicht beurteilen, wann diese vorliegen wird.

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich die Vielschichtigkeit dieser Problematik. Dem Arzt kommt dabei eine entscheidende Position zu, da er nicht nur über die Durchführung des Eingriffes befinden muß, sondern die Patientinnen vorher eingehend beraten soll. Dieses ist nur dann möglich, wenn er über Art und Wahrscheinlichkeit möglicher Nebenwirkungen informiert ist.

Unter diesem Gesichtspunkt erschienen uns folgende Fragen besonders untersuchungswürdig:

1) Treten post sterilisationem vermehrt körperliche Beschwerden auf?
2) Verändert sich der Zyklus?
3) Welche Auswirkung hat der Eingriff auf das Sexualleben?
4) Wie wird der Eingriff psychisch verarbeitet?

In der folgenden Arbeit soll versucht werden, zu diesen Fragen Stellung zu nehmen.

## II. METHODIK

Untersucht werden sollten Frauen, die sich in den Jahren 1974/75 in der Würzburger Universitäts-Frauenklinik sterilisieren ließen. Von den ca. 300 angeschriebenen Frauen waren 182 bereit, sich einer Befragung zu unterziehen, die in den Monaten September und Oktober 1976 in der Klinik durchgeführt wurde. Jede Frau bekam als erstes einen Persönlichkeitsfragebogen nach EYSENCK (EPI), den sie allein und in möglichst kurzer Zeit zu beantworten hatte. Die Persönlichkeitsfragebögen sind so angelegt, daß der Proband Auskünfte über sein eigenes Verhalten in der Vergangenheit, über Gefühle, Vorlieben, Abneigungen und sonstige Einstellungen gibt. Die Fragebögen enthalten eine Anzahl von Feststellungen (items), denen der Proband zustimmen oder die er ablehnen kann. Die Testkonstruktion sieht vor, daß eine bestimmte Anzahl von items einen Merkmalskomplex bildet, von dem aus auf dahinterliegende Persönlichkeitseigenschaften geschlossen wird. Der EPI basiert auf der Persönlichkeitstheorie EYSENCKs. Für ihn zählen Extraversion und Neurotizismus zu den Hauptdimensionen der Persönlichkeit. Unter Extraversion versteht er einen Komplex aus Leistungswillen, motorischer Aktivität und sozialer Kontaktbereitschaft. Neurotizismus wird durch Eigenschaften wie emotionale Labilität, geringe Belastbarkeit, Sensibilität, mangelhafte Integration und Neigung zu neurotischen Reaktionen beschrieben. Nach EYSENCK hängt der Neurotizismus eng mit der Funktionsweise des vegetativen Nervensystems, vor allem mit der Dauer adrenerger (sympathikotoner) Erregung, zusammen und ist zum Teil erbbedingt. Zusätzlich ist in den EPI eine Lügenskala, bestehend aus 9 items, eingebaut. Sie erlaubt festzustellen, ob bei den Probanden eine Tendenz zur Darstellung im Sinne der sozialen Erwünschtheit, d.h. der Beantwortung von Fragen in dem Sinne, daß sie nur ein günstiges Licht auf die Versuchsperson werfen, vorliegt. Jedes dieser items kann nur mit ja oder nein beantwortet werden.

Die Auswertung geschah mit Schablonen. Die Schlüsselrichtung der Neurotizismus-items liegt immer auf "ja", bei der Extraversions- und Lügenskala wechseln die Antworten "ja" und "nein" ab.

Nachdem die Probanden den EPI beantwortet hatten, fand ein persönliches Gespräch statt, das die Beantwortung des unten abgedruckten Fragebogens zum Ziel hatte. Während die Werte des EPIs in der Klinik berechnet wurden, fand die Auswertung des persönlichen Gesprächs im Rechenzentrum der Universität Würzburg statt.

# Interview - Tubensterilisation

1. Alter in Jahren ( )

2. verheiratet ( )
   ledig ( )
   geschieden vor ( ) nach ( )
   verwitwet vor ( ) nach ( )

3. berufstätig ja ( ) nein ( )

4. welcher Beruf

5. Schulabschluß
   Volksschule ( )
   Mittelschule ( )
   Abitur ( )
   Universität ( )

6. Konfession kath. ( ) ev. ( ) sonstige ( ) keine (

7. Partner
   Alter
   Schulabschluß
   Volksschule ( )
   Mittelschule ( )
   Abitur ( )
   Universität ( )

8. Beruf

9. Konfession kath. ( ) ev. ( ) sonstige ( ) keine (

10. Motivation zur Sterilisation
    a) Alter ( )
    b) Kinderzahl ( )
    c) fin.u.soz.Gründe ( )
    d) med. Indikation (org., psych. Erkrankung) ( )
    e) eugenische Indikation (Erbkrankheit) ( )
    f) Unverträglichkeit Pille ( )
    g) Unverträglichkeit IUP ( )
    h) gestört erlebte Schwangerschaft ( )
    i) Hyperemesis ( )
       EPH-Gestose ( )
       operative Geburt ( )
       schwere Geburt ( )
       Angst vor weiterer Schwangerschaft ( )
       Angst vor weiterer Geburt ( )

11. Unerwünschte Schwangerschaften als Versager kontrazeptiver Methoden ( )

12. Wie sind Sie auf die Idee gekommen, sich nach der Geburt sterilisieren zu lassen?

    A) durch den Arzt HA ( ), FA ( ), KA ( )

    B) durch Lektüre, Massenmedien ( )

    C) durch Partner ( )

    D) durch Freundin, Bekannte ( )

13. War das letzte Kind ein Wunschkind gewesen?
    ja ( ) nein ( )

14. Waren die anderen Kinder Wunschkinder? ( )
    Zufallskinder? ( )
    unerwünscht? ( )

15. Anzahl der Kinder

16. Vasektomie

    a) Wie stellen Sie sich zur Vasektomie?
    pos. ( ) neg. ( ) keine Meinung ( )

    b) Wenn positiv, warum wurde die Tubensterilisation ausgeführt?

    c) Wie stellt sich Ihr Partner zur Vasektomie?
    pos. ( ) neg. ( )

    d) Wenn positiv, warum wurde er nicht vasektomiert?

17. Hätten Sie sich auch außerhalb des Wochenbettes sterilisieren lassen? ja ( ) nein ( )

18. Würden Sie den Eingriff, wenn Sie erneut vor die Situation gestellt würden, noch einmal durchführen lassen?
    ja ( ) nein ( )

19. Wenn nein, warum nicht?

20. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, die Sie mit der Tubensterilisation in Verbindung bringen?

21. Hat Sie die Sterilisation noch lange beschäftigt?
    nein ( ) ja ( ) wie lange ca.

22. Hatten Sie danach viel an Gewicht zu- oder abgenommen?
    nein ( ) ca. ... kg zugenommen ca. ... kg abgenommen

23. Glauben Sie, daß durch die Sterilisation bei Ihnen verfrüht klimakterische Zeichen aufgetreten sind?
    ja ( ) nein ( )

24. Haben Sie seit der Sterilisation mehr Schwierigkeiten (familiär, beruflich, Nachbarn etc.)
ja ( ) nein ( )

25. Wenn ja, warum?

26. Wurden Sie in Ihrer sexuellen Erlebnisfähigkeit durch den Eingriff verändert?

a) nein ( )

b) positiv ( )

c) negativ ( )

zu b) Zunahme des sexuellen Interesses (
Verbesserung der Orgasmusfähigkeit (
Schwinden von evtl. vorherigen Kohabitations-schmerzen (
Beseitigung von Ängsten (Schwangerschaftsfurcht) (
sexuelle Freizügigkeit (

zu c)

| | bis jetzt | bis 6 Mon. p.p. |
|---|---|---|
| Libidoverminderung | ( ) | ( |
| Libidoverlust | ( ) | ( |
| Oligoorgasmie | ( ) | ( |
| Anorgasmie | ( ) | ( |
| Kohabitationsschmerzen | ( ) | ( |
| Verminderung der Satisfaktion | ( ) | ( |
| Verlust der Satisfaktion | ( ) | ( |

27. Wie findet Sie Ihr Partner seit dem Eingriff?

a) interessanter ( )

b) weniger interessant ( )

c) keine Änderung ( )

28. Haben Sie seelische Veränderungen an sich festgestellt?

| | vor dem Eingriff | danach |
|---|---|---|
| Schlafschwierigkeiten | ( ) | ( |
| reizbar, launisch | ( ) | ( |
| depressiv | ( ) | ( |
| hoffnungslos | ( ) | ( |
| Gefühl der Vernichtung | ( ) | ( |
| ausgeglichen | ( ) | ( |
| lebensfroh | ( ) | ( |

29. Haben Sie durch den Eingriff Schuldgefühle? ja ( ) nein (

30. Haben Sie Aggressionsgefühle gegenüber Ihrem Partner seit dem Eingriff? ja ( ) nein (

31. Störungen im Körperbild (Verminderung im Selbstwertgefühl, Rollenbild, Teil seiner Selbst verloren)

32.

| Masturbation | vorher | nachher |
|---|---|---|
| a) ja | ( ) | ( ) |
| nein | ( ) | ( ) |
| b) mehr | ( ) | ( ) |
| weniger | ( ) | ( ) |

33. Koitusfrequenz

| | vorher | nachher |
|---|---|---|
| weniger als 1 x / Monat | ( ) | ( ) |
| 2 x / Monat | ( ) | ( ) |
| 1 - 2 x / Woche | ( ) | ( ) |
| 2 - 3 x / Woche | ( ) | ( ) |
| 3 - 4 x / Woche | ( ) | ( ) |
| 4 - 5 x / Woche | ( ) | ( ) |
| 1 x täglich | ( ) | ( ) |
| mehr als 1 x täglich | ( ) | ( ) |

34. Monogames Sexualleben vorher ( ) nachher ( )

35. Polygames Sexualleben vorher ( ) nachher ( )

36. Regelanamnese

a) unverändert ( )

b) verändert ( )

Wenn b) unregelmäßig ( )
Oligo-, Hypo- und Amenorrhoe ( )

37. Andere rudimentäre Symptome von Scheinschwangerschaft

a) Angst vor Versagen der Methode ( )

b) von Schwangerschaft geträumt ( )

c) Gefühl von Schwangerschaft ( )

d) Kindsbewegungen ( )

e) Erbrechen ( )

f) Gewichtszunahme ( )

g) Gefühl, dicker zu werden ( )

38. Prämenstruelles Syndrom

a) vorher ( )

b) nachher ( )

39. Kohabitationsschmerzen

vor dem Eingriff ( )

nach dem Eingriff bis 6 Monate ( )

länger ( )

40. Chronische, ereignisunabhängige Unterleibsschmerzen

vorher ( )

nachher ( )

## III. ERGEBNISSE

Gesamtzahl der Probanden: 182

Die Frauen waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 22 und 48 Jahre alt. Das mittlere Alter betrug 36,1 Jahre. Die Altersgruppen ließen sich wie folgt aufteilen:

| | |
|---|---|
| bis 25 Jahre: | 2 ( 1,1 %) |
| 26 bis 30 Jahre: | 19 (10,4 %) |
| 31 bis 35 Jahre: | 58 (31,9 %) |
| 36 bis 40 Jahre: | 70 (38,5 %) |
| 41 bis 45 Jahre: | 28 (15,4 %) |
| über 45 Jahre: | 5 ( 2,7 %) |

Die Ehemänner bzw. Partner waren zwischen 28 und 56 Jahre alt. Das mittlere Alter der Männer betrug 39,9 Jahre. Die Altersgruppen ließen sich wie folgt aufteilen:

| | |
|---|---|
| bis 25 Jahre: | 0 |
| 26 bis 30 Jahre: | 7 ( 3,9 %) |
| 31 bis 35 Jahre: | 28 (15,5 %) |
| 36 bis 40 Jahre: | 74 (40,9 %) |
| 41 bis 45 Jahre: | 48 (26,5 %) |
| über 45 Jahre: | 24 (13,3 %) |

Die Gruppen konnten nach dem zeitlichen Zusammenhang der Sterilisation zu Schwangerschaften in drei Gruppen eingeteilt werden:

1) Gruppe 0, bestehend aus 77 Frauen (42,3 %), die sich im Intervall, d.h. nicht im zeitlichen Zusammenhang mit Schwangerschaft bzw. Geburt sterilisieren ließen.

2) Gruppe 1, bestehend aus 20 Frauen (11 %), bei denen eine Sterilisation gleichzeitig mit einer Interruptio durchgeführt wurde.

3) Gruppe 2, bestehend aus 85 Frauen (46,7 %), die post partum sterilisiert wurden.

Im folgenden sollen die in bezug auf die Gesamtzahl der Probanden gefundenen Ergebnisse dargestellt werden.

| | |
|---|---|
| a) verheiratet | 171 (94,0 %) |
| b) verwitwet nach der Sterilisation | 5 ( 2,7 %) |
| c) geschieden nach der Sterilisation | 0 |
| d) geschieden vor der Sterilisation | 2 ( 1,1 %) |
| e) verwitwet vor der Sterilisation | 2 ( 1,1 %) |
| f) ledig | 2 ( 1,1 %) |

Sie hatten folgende Schulbildung:

| | |
|---|---|
| a) keinen Schulabschluß | 5 ( 2,7 %) |
| b) Volksschulabschluß | 150 (82,4 %) |
| c) mittlere Reife | 20 (11,0 %) |
| d) Abitur | 1 ( 0,5 %) |
| e) Universitätsabschluß | 6 ( 3,3 %) |

Um verwertbare Gruppengrößen zu erreichen, wurden die Punkte a und b, ebenso wie c, d und e addiert. Das ergab für a und b zusammen einen Wert von 150 Frauen (85,1 %), für die Summe aus c, d und e 27 Frauen (13,8 %). 38 Frauen (20,9 %) waren zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig.

Die Konfessionen gliedern sich wie folgt auf:

| | Männer | Frauen |
|---|---|---|
| a) ohne Konfession | 4 ( 2,2 %) | 3 ( 1,6 %) |
| b) katholisch | 139 (76,8 %) | 131 (72,0 %) |
| c) evangelisch | 35 (19,3 %) | 45 (24,7 %) |
| d) sonstige Konfessionen | 3 ( 1,7 %) | 3 ( 1,6 %) |

Die Ehemänner bzw. Partner wurden nicht hinsichtlich ihrer Schulausbildung unterteilt, da hier häufig die erreichte be-

rufliche Position der Schulbildung nicht mehr entsprach. Es ergab sich folgende Unterteilung:

| | |
|---|---|
| a) Arbeiter, Handwerker, Angestellte | 143 (79,0 %) |
| b) Beamte, höhere Angestellte | 27 (14,9 %) |
| c) Akademiker | 11 ( 6,1 %) |

Die Anregung zur Sterilisation geschah in 85 Fällen (46,7 %) durch den Klinikarzt, in 30 Fällen durch Lektüre bzw. Massenmedien (16,5 %), bei 25 Frauen (13,7 %) durch den Facharzt, in 23 Fällen (12,6 %) durch die Freundin und erst in 14 Fällen (7,7 %) durch den Hausarzt und in 5 Fällen (2,7 %) durch den jeweiligen Partner.

Bei der Frage nach dem zur Sterilisation führenden Motiv wurden den Frauen mehrere Antwortmöglichkeiten gegeben. Hierbei traten Mehrfachbejahungen der verschiedenen Punkte auf. Insgesamt fanden sich folgende Gründe, geordnet nach der Häufigkeit ihres Auftretens:

| | |
|---|---|
| a) Kinderzahl | 123 (67,6 %) |
| b) Unverträglichkeit der Pille | 101 (55,5 %) |
| c) Med. Indikation | 60 (33,0 %) |
| d) Hyperemesis während der Schwangerschaft | 48 (26,4 %) |
| e) subjektiv als schwer empfundene Geburt | 40 (22,0 %) |
| f) finanz. und soziale Gründe | 33 (18,1 %) |
| g) Alter | 20 (11,0 %) |
| h) Unverträglichkeit der Spirale | 12 ( 6,6 %) |
| i) operative Geburt | 11 ( 6,0 %) |
| j) eug. Indikation | 7 ( 3,8 %) |

Die 33 Frauen, für die finanzielle und soziale Gründe ein Motiv zur Sterilisation waren, gaben in 28 Fällen (84,9 %) auch gleichzeitig die Kinderzahl als Grund an.

Bei 23 Frauen (12,6 %) waren trotz angewandter Verhütungsmethoden eine oder mehrere Schwangerschaften aufgetreten.

72 Frauen (40,2 %) bezeichneten ihr letztes Kind als Wunschkind. Bei der Frage nach den übrigen Kindern gab es wieder Antwortüberschneidungen, da bei mehreren vorhandenen Nachkommen die einzelnen oft unter unterschiedlichen Rubriken genannt wurden.

So bezeichneten ihre übrigen Kinder

124 Frauen (71,7 %) als Wunschkinder
74 Frauen (42,8 %) als Zufallskinder
40 Frauen (23,1 %) als unerwünscht.

Die Schwankungsbreite der Kinderzahl lag zwischen 0 und 11, als mittlere Kinderzahl wurde ein Wert von 3,3 gefunden.

Bei der Frage nach der Vasektomie stieß ich auf Schwierigkeiten, die exakte Meinung des Mannes zu eruieren. Da es aus beruflichen Gründen für die Ehemänner wesentlich komplizierter gewesen wäre, zu einer Befragung zu kommen, mußte ich mich damit begnügen, die Frauen über die Meinung ihrer Ehemänner zu befragen. Diese gaben in 119 (65,7 %) der Fälle an, daß ihre Partner einer Vasektomie negativ gegenüberstünden. 5 (2,8 %) der Frauen war die Meinung ihres Partners nicht bekannt, 57 Frauen (31,5 %) meinten, daß ihre Männer eine Vasektomie befürworteten. Nach ihrer eigenen Meinung gefragt, äußerten sich 99 (54,4 %) ablehnend, 48 (26,4 %) hatten keine Meinung, 35 (19,2 %) standen der Vasektomie positiv gegenüber.

Von den 85 Frauen, die post partum sterilisiert wurden, gaben 57 (67,0 %) an, daß sie den Eingriff auch zu einem anderen Zeitpunkt als innerhalb des Wochenbettes hätten durchführen lassen. Insgesamt hätten 171 Frauen (94,0 %) den Eingriff wiederholen lassen.

Dieses Ergebnis deckt sich in etwa mit der Feststellung, daß die Sterilisation in bezug auf den Sexualbereich keinen (71 Fälle, 39,2 %), oder sogar einen positiven Einfluß (88 Fälle, 48,6 %) auf das Geschlechtsleben der Partner ausgeübt

| Anzahl der Frauen | Alter der Frauen (Jahre) | Anzahl der Kinder | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 182 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 u.mehr |
| 21 | bis 30 | 1 (4,8 %) | 3 (14,3 %) | 7 (33,3 %) | 6 (28,6 %) | 4 (13,1 %) | 0 | 0 |
| 58 | 31 - 35 | 1 (1,7 %) | 1 (1,7 %) | 18 (31,0 %) | 24 (41,4 %) | 8 (13,8 %) | 0 | 6 (10,3 %) |
| 70 | 36 - 40 | 0 | 2 (2,9 %) | 18 (25,7 %) | 16 (22,9 %) | 20 (28,6 %) | 9 (12,9 %) | 5 (7,1 %) |
| 28 | 41 - 45 | 1 (3,6 %) | 3 (10,7 %) | 7 (25,0 %) | 5 (17,9 %) | 7 (25,0 %) | 1 (3,6 %) | 4 (14,3 %) |
| 5 | > 45 | 0 | 1 (20,0 %) | 0 | 1 (20,0 %) | 0 | 1 (20,0 %) | 2 (40,0 %) |

Tabelle 1

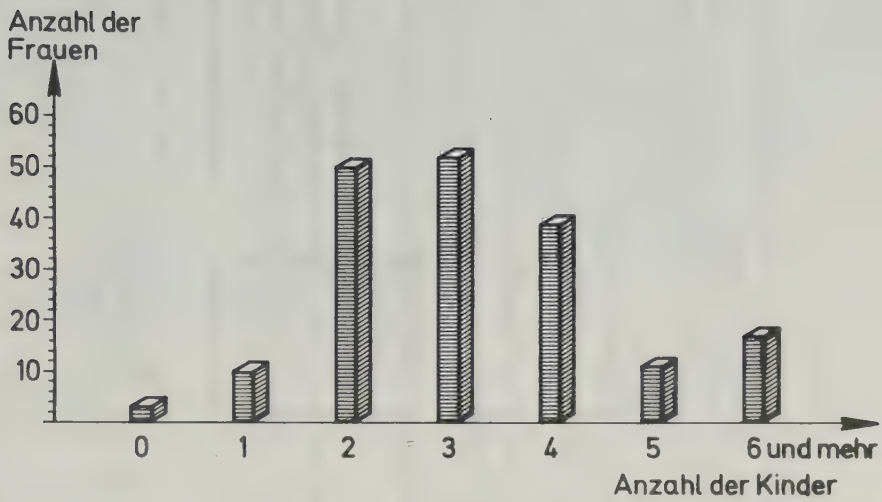


Abbildung 1

hat. Einer der wichtigsten Gründe dafür ist die Beseitigung der Furcht vor erneuter Schwangerschaft: (161 Frauen = 89,0 %). 8 Frauen (4,4 %) meinten, ihr Mann fände sie nun sexuell weniger interessant, 90 Frauen (49,7 %) hatten keine Änderung festgestellt, und in 83 Fällen (45,9 %) waren die Frauen der Ansicht, als Partnerin interessanter geworden zu sein. Von 181 Frauen ist die Koitusfrequenz bei 16 (8,8 %) geringer geworden, bei 127 (70,2 %) gleichgeblieben, bei 38 (20,9 %) größer geworden. Nur in 22 Fällen (12,2 %) gaben die Frauen an, ihre sexuelle Erlebnisfähigkeit sei schlechter geworden.

Wie sich der Eingriff im einzelnen auf die verschiedenen Bereiche des Sexuallebens auswirkte, ist aus folgenden Tabellen zu entnehmen:

| Koitusfrequenz vorher | n | davon Koitusfrequenz nachher | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1x/Monat | 2x/Monat | 1-2x/Woche | 2-3x/Woche | 3-4x/Woche | 4-5x/Woche | 1x täglich |
| < 1x/Monat | 4 | 2 (50 %) | 0 | 2 (50 %) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2x/Monat | 13 | 0 | 6 (46,2%) | 2 (15,4%) | 4 (38,8%) | 1 (7,7%) | 0 | 0 |
| 1-2x/Woche | 87 | 0 | 3 (3,5%) | 60 (69,0%) | 18 (20,7%) | 4 (4,6%) | 2 (2,3%) | 0 |
| 2-3x/Woche | 47 | 1 (2,1%) | 2 (4,3%) | 1 (2,1%) | 39 (83,0%) | 2 (4,3%) | 0 | 2 (4,3%) |
| 3-4x/Woche | 14 | 0 | 0 | 1 (7,1%) | 0 | 13 (92,9%) | 0 | 0 |
| 4-5x/Woche | 10 | 0 | 0 | 3 (30,0%) | 2 (20,0%) | 0 | 4 (40,0%) | 1 (10,0%) |
| 1x täglich | 6 | 1 (16,7%) | 0 | 0 | 1 (16,7%) | 1 (16,7%) | 0 | 3 (50,0%) |

Tabelle 2: Vergleich der Veränderung der Koitusfrequenz vor und nach dem Eingriff. Die dick umrandeten Felder bezeichnen die Anzahl von Frauen, bei denen sich nichts verändert hat.

| | nach der Sterilisation | | bis 6 Monate nach der Sterilisation | bis jetzt |
|---|---|---|---|---|
| Libidosteigerung | 52 (28,7 %) | Libidoverminderung | 4 (2,2 %) | 27 (14,9 %) |
| Verbesserung der Orgasmusfähigkeit | 51 (28,2 %) | Oligoorgasmie | 2 (1,1 %) | 22 (12,2 %) |
| | | Anorgasmie | 2 (1,1 %) | 3 (1,7 %) |
| Schwinden vorheriger Kohabitationsschmerzen | 17 (9,4 %) | Kohabitationsschmerzen | 3 (1,7 %) | 9 (5,0 %) |
| gesteigerte sexuelle Freizügigkeit | 69 (38,1 %) | Verminderung bzw. Verlust der Satisfaktion | 3 (1,7 %) | 9 (5,0 %) |

Tabelle 3: Die Tabelle zeigt, in welchem Umfang sich die einzelnen sexuellen Bereiche nach der Sterilisation verändert haben.

| | n | davon keine Masturbation nachher | Masturbation nachher |
|---|---|---|---|
| keine Masturbation vorher | 145 | 145 (100 %) | 0 |
| Masturbation vorher | 36 | 5 (13,9 %) | 31 (86,1 %) |

Tabelle 4: Die Tabelle stellt dar, wie viele der Frauen, die vor dem Eingriff masturbierten, dies auch noch p. st. taten.

| | n | davon monog. Sexualleben nachher | kein monog. Sexualleben nachher |
|---|---|---|---|
| monogames Sexualleben vorher | 163 | 156 (95,7 %) | 7 (4,3 %) |
| kein monogames Sexualleben vorher | 17 | 5 (33,3 %) | 12 (66,7 %) |

Tabelle 5: Die Tabelle vergleicht, bei wie vielen der Frauen, die vor dem Eingriff ein monogames Sexualleben hatten, dies auch p. st. noch der Fall war.

| | n | chron. Unterleibsschmerzen nachher | keine chron. Unterleibsschm. nachher |
|---|---|---|---|
| chron. Unterleibsschmerzen vorher | 29 | 12 (41,4 %) | 17 (58,6 %) |
| keine chron. Unterleibsschmerzen vorher | 153 | 3 (2,0 %) | 150 (98,0 %) |

Tabelle 6: Die Tabelle stellt dar, bei wie vielen Frauen mit chronischen Unterleibsschmerzen vor der Sterilisation die Schmerzen p. st. vorhanden waren.

29 Frauen gaben an, vor der Sterilisation chronische Unterleibsschmerzen gehabt zu haben (15,6 %). 15 Frauen (8,2 %) hatten chronische Unterleibsschmerzen nach der Sterilisation.

Hinsichtlich der Regelanamnese fand sich nach dem Eingriff bei 96 Frauen (52,7 %) keine Änderung, 25 Frauen (13,7 %) gaben ihre Blutung als regelmäßiger, 7 (3,8 %) als unregelmäßiger an. Bei 33 Patientinnen (18,1 %) kam die Regel häufiger oder länger, und 21 Frauen (11,5 %) hatten jetzt eine Oligo-, Hypo- oder Amennorrhoe. Die Zahl der Frauen mit prämenstruellem Syndrom stieg von 117 (64,3 %) vor auf 130 (71,4 %) Frauen nach der Sterilisation. Dabei ist zu berücksichtigen, daß in diese Werte auch diejenigen der Frauen eingehen, die vor der Sterilisation z.B. die Pille genommen haben oder bei denen ein IUP gelegen hat. Bei diesen Frauen fällt die Regelanamnese post sterilisationem sicher anders aus, da nach dem Eingriff bei gleichzeitigem Wegfall vorher angewandter Antikonzeptionsmethoden sicherlich Blutungsunregelmäßigkeiten eher auftreten und als solche sich in den genannten Werten negativ äußern. Das gilt auch für das prämenstruelle Syndrom.

| | n | davon prämenstr. Syndrom nachher | kein prämenstr. Syndrom nachher |
|---|---|---|---|
| prämenstruelles Syndrom vorher | 117 | 110 (84,6 %) | 7 (13,5 %) |
| kein prämenstr. Syndrom vorher | 65 | 20 (15,4 %) | 45 (86,5 %) |

Tabelle 7

21 Frauen waren der Ansicht, daß die Sterilisation ein verfrühtes Klimakterium bewirke.

Veränderungen der psychischen Stimmungslage konnten leider nur aus retrospektiver Sicht ermittelt werden. 35 Frauen (19,2 %) bejahten die allgemeine Frage, ob durch den Eingriff psychische Schwierigkeiten aufgetreten seien. 38 (20,9 %) der Frauen dachten über den Eingriff länger als 6 Monate nach.

| | vorher | nachher |
|---|---|---|
| Schlafschwierigkeiten | 37 (20,3 %) | 40 (22,0 %) |
| Reizbarkeit | 89 (48,9 %) | 62 (34,1 %) |
| Depressionen | 44 (24,2 %) | 24 (13,2 %) |
| Hoffnungslosigkeit | 27 (14,8 %) | 11 ( 6,0 %) |
| Vernichtungsgefühl | 18 ( 9,9 %) | 7 ( 3,8 %) |
| Ausgeglichenheit | 81 (44,5 %) | 114 (62,6 %) |
| Lebensfreude | 139 (76,4 %) | 145 (79,9 %) |

Tabelle 8: Darstellung der Veränderung der psychischen Stimmungslage.

Religiöse Schuldgefühle, meist im Sinne von Versündigungsideen, waren bei 6 Frauen (3,6 %) zu finden, Störungen im Körperbild (Minderwertigkeitsgefühle etc.) ebenfalls bei 6 Frauen. 25 Frauen gaben an, nach der Sterilisation ihrem Partner gegenüber aggressiver geworden zu sein.

| | n | davon nach der Sterilisation: Depressionen | Hoffnungslosigkeit | Vernichtungsgefühl |
|---|---|---|---|---|
| Aggressionen gegen den Partner p.st. | 25 | 7 (28,0 %) | 4 (16,0 %) | 4 (16,0 %) |
| keine Aggressionen gegen den Partner p.st. | 156 | 17 (10,9 %) | 7 (4,5 %) | 3 (1,9 %) |

Tabelle 9: Darstellung des Zusammenhangs zwischen der Aggression gegenüber dem Partner und der negativen Stimmungslage post sterilisationem.

Die Frage nach rudimentären Symptomen einer Scheinschwangerschaft setzte sich aus mehreren Einzelkomponenten zusammen. Das ergab folgendes Bild:

| | |
|---|---|
| 1) Gefühl von Schwangerschaft | 29 (15,9 %) |
| 2) Gefühl von Kindsbewegungen | 26 (14,3 %) |
| 3) Erbrechen | 8 ( 4,4 %) |
| 4) Gewichtszunahme | 9 ( 4,9 %) |
| 5) Gefühl, dicker zu werden | 19 (10,4 %) |
| 6) Traum von Schwangerschaft | 24 (13,2 %) |

Von den 40 Frauen mit Angst vor Versagen der Methode hatten 16 (40 %) das Gefühl, schwanger zu sein, 13 (32,5 %) meinten sogar, Kindsbewegungen zu spüren.

Von den Frauen, die ein Schwangerschaftsgefühl gehabt zu haben glaubten, gaben 20 (69 %) an, erbrochen zu haben. Ebenso viele meinten, eine Gewichtszunahme zu bemerken. Von insgesamt 26 Frauen mit vermeintlichen Kindsbewegungen nahmen sogar 7 (26,9 %) an Gewicht zu.

| | n | Reizbarkeit nach der Sterilisation | Gefühl von Schwangerschaft | Angst vor Versagen der Methode | Vermeintliche Kindsbewegungen |
|---|---|---|---|---|---|
| Gefühl, dicker zu werden | 19 | 11 (57,9 %) | 11 (57,9 %) | 8 (42,1 %) | 13 (68,4 %) |

Tabelle 10: Darstellung des Zusammenhangs zwischen dem Gefühl, dicker zu werden und den anderen Symptomen einer Scheinschwangerschaft.

Bei der Auswertung des bereits unter dem Kapitel "Methodik" beschriebenen EPI-Persönlichkeitsfragebogens fanden wir für die 182 Frauen folgende Werte:

Genormter Mittelwert von N 10,1 ± 4,1 Streubereich
Ermittelter Mittelwert von N 10,42

Daraus folgt, daß die Werte für N sich gerade noch im Normbereich befinden.

Genormter Mittelwert von E 13,2 ± 4,2 Streubereich
Ermittelter Mittelwert von E 8,8

Der Extraversionswert liegt knapp unter der Norm.

Genormter Mittelwert von L 1,5 ± 0,8 Streubereich
Ermittelter Mittelwert von L 2,42

Der Wert für die Lügenskala liegt etwas unter dem Normbereich.

N = Neurotizismus
E = Extraversion
L = Lügenskala

Im folgenden sollen die drei Gruppen miteinander verglichen werden. Wir fanden im EPI folgende Werte:

Gruppe O: 77 Probanden
Sterilisation im Intervall

| | |
|---|---|
| Ermittelter Mittelwert von N | 13,29 |
| Genormter Mittelwert von N | 10,1 |
| Streubreite | ± 4,1 |

d.h.: der Mittelwert liegt innerhalb der Norm.

| | |
|---|---|
| Ermittelter Mittelwert von E | 11,48 |
| Genormter Mittelwert von E | 11,5 |
| Streubreite | ± 4,2 |

d.h.: der Extraversionswert liegt ebenfalls innerhalb der Norm.

| | |
|---|---|
| Ermittelter Mittelwert von L | 3,43 |
| Genormter Mittelwert von L | 2,84 |
| Streubreite | ± 0,8 |

d.h.: der Wert für die Lügenskala liegt auffällig außerhalb der Norm.

Gruppe 1: 20 Probanden
Sterilisation nach Abruptio

Auch hier liegen die Mittelwerte für N (12,95) und für E (10,1) im Normbereich, der ermittelte Mittelwert für L (3,35) liegt wieder außerhalb der Norm.

Gruppe 2: 85 Probanden
Sterilisation post partum

Ermittelter Mittelwert von N 12,45 (im Normbereich)
Ermittelter Mittelwert von E 11,5 (im Normbereich)
Ermittelter Mittelwert von L 2,84 (im Normbereich)

An sozialen Unterschieden fand sich folgendes:

Gruppe 0: 60 (77,9 %) geringere, 17 (22,1 %) höhere Schulbildung
Gruppe 1: 17 (85,0 %) geringere, 3 (15,0 %) höhere Schulbildung
Gruppe 2: 78 (91,8 %) geringere, 7 ( 8,2 %) höhere Schulbildung

Bei Frauen mit höherer Schulbildung (mindestens Realschulabschluß) war der Eingriff relativ häufiger unabhängig von einer Schwangerschaft. Ebenso verhielt es sich beim Vergleich der Anzahl der berufstätigen Frauen.

Gruppe 0: nicht berufstätig 51 (66,2 %), berufstätig 26 (33,8 %)
Gruppe 1: nicht berufstätig 16 (80,0 %), berufstätig 4 (20,0 %)
Gruppe 2: nicht berufstätig 77 (90,6 %), berufstätig 8 ( 9,4 %)

Es zeigt sich, daß berufstätige Frauen häufiger bereit sind, sich im Intervall sterilisieren zu lassen als nicht berufstätige Frauen.

Die Einteilung der Männer nach Berufsklassen ergab folgendes Bild:

| Gruppe | 0 | 1 | 2 |
|---|---|---|---|
| Arbeiter, Handwerker, Angestellte | 56 (72,7 %) | 15 (75 %) | 72 (85,7 %) |
| Beamte, höhere Angestellte | 12 (15,6 %) | 5 (25 %) | 10 (11,9 %) |
| Akademiker | 9 (11,7 %) | 0 | 2 ( 2,4 %) |

Bei den Partnern der Frauen der Gruppe O ergibt sich somit im Vergleich mit denen der anderen Gruppen eine leichte Verschiebung zugunsten akademischer Berufsschichten.

Die Anregung zur Sterilisation gab, wie aus folgender Tabelle zu entnehmen ist, in allen drei Gruppen am häufigsten der Klinikarzt.

| | Hausarzt | Facharzt | Klinikarzt | Lektüre | Freundin | Partner |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gruppe O | 7 ( 9,1 %) | 16 (20,8 %) | 25 (32,5 %) | 19 (24,7 %) | 9 (11,7 %) | 1 (1,3 %) |
| Gruppe 1 | 2 (10,0 %) | 2 (10,0 %) | 15 (75,0 %) | 0 ( 0 ) | 9 ( 5,0 %) | 0 ( 0 ) |
| Gruppe 2 | 5 ( 5,9 %) | 7 ( 8,2 %) | 45 (52,9 %) | 11 (12,9 %) | 13 (15,2 %) | 4 ( 4,7 %) |

Tabelle 11

Erst dann unterscheiden sich die Gruppen dadurch, daß bei post partum sterilisierten Frauen die Freundin mit 15,2 %, in der Gruppe O die Lektüre mit 24,7 % die zweite Stelle in der Häufigkeitsskala einnimmt. In der Gruppe 1 fällt auf, daß Lektüre und Partner überhaupt nicht angegeben wurden, dagegen der Klinikarzt mit 75 % extrem häufig genannt wurde.

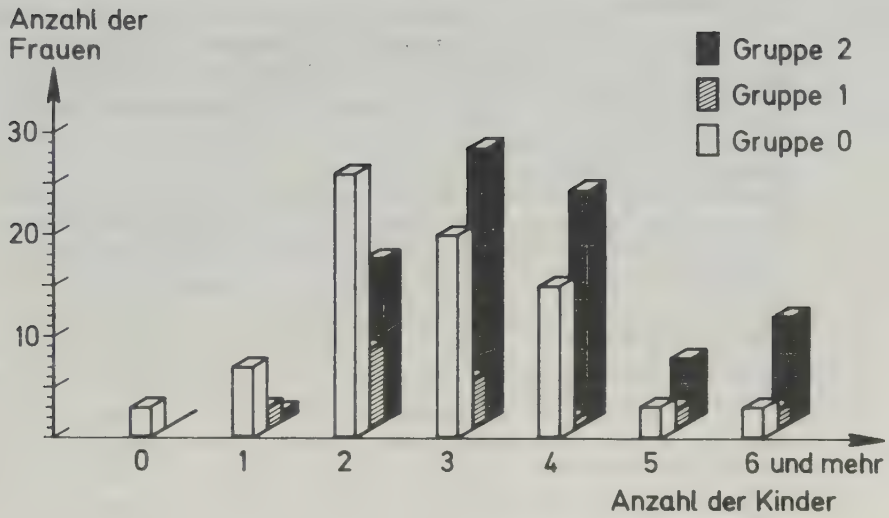


Abbildung 2

Aus der Kurve über die Verteilung der Kinderhäufigkeit in den drei Gruppen ist ersichtlich, daß der Gipfel in den Gruppen 0 und 1 bei zwei Kindern, in der Gruppe 2 jedoch bei 3 Kindern liegt.

Tabelle 12:

Unterschiede in den Auswirkungen auf das Sexualleben in den drei Gruppen:

| | Gruppe 0 | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
|---|---|---|---|
| sexuelle Erlebnisfähigkeit (+) | 33 (42,9 %) | 11 (55,0 %) | 44 (52,4 %) |
| sexuelles Interesse(+) | 23 (29,9 %) | 6 (30,0 %) | 23 (27,4 %) |
| Orgasmusfähigkeit (+) | 20 (26,0 %) | 5 (25,0 %) | 26 (31,0 %) |
| Kohabitationsschmerzen (-) | 6 ( 7,8 %) | 4 (20,0 %) | 7 ( 8,3 %) |
| Schwangerschaftsfurcht (-) | 73 (94,8 %) | 16 (80,0 %) | 72 (85,7 %) |
| sexuelle Freizügigkeit (+) | 34 (44,2 %) | 7 (35,0 %) | 28 (33,3 %) |
| Libidoverminderung bis jetzt | 10 (13,0 %) | 3 (15,0 %) | 14 (16,7 %) |
| Oligoorgasmie bis jetzt | 8 (10,4 %) | 2 (10,0 %) | 12 (14,3 %) |
| Anorgasmie bis jetzt | 1 ( 1,3 %) | 1 ( 5,0 %) | 1 ( 1,2 %) |
| Satisfaktion bis:<br>6 Monate p. st.<br>jetzt | <br>3 ( 3,9 %)<br>4 ( 5,2 %) | <br>0<br>1 ( 5,0 %) | <br>5 ( 6,0 %)<br>4 ( 4,8 %) |
| Kohabitationsschmerzen vorher<br>" bis 6 Mon. p. st.<br>" bis jetzt | 17 (22,1 %)<br>16 (20,1 %)<br>14 (18,2 %) | 7 (35,0 %)<br>7 (35,0 %)<br>3 (15,0 %) | 14 (16,5 %)<br>12 (14,1 %)<br>8 ( 9,4 %) |
| Chron. Unterleibsschmerzen vorher | 12 (15,6 %) | 4 (20,0 %) | 13 (15,3 %) |
| Chron. Unterleibsschmerzen nachher | 5 ( 6,5 %) | 2 (10,0 %) | 8 ( 9,4 %) |
| Interesse des Partners weniger<br>mehr<br>unverändert | 2 ( 2,6 %)<br>33 (42,9 %)<br>42 (54,6 %) | 1 ( 5,0 %)<br>8 (40,0 %)<br>4 (20,0 %) | 5 ( 6,0 %)<br>42 (50,0 %)<br>37 (44,1 %) |
| Masturbation vorher<br>nachher | 22 (28,6 %)<br>18 (23,4 %) | 4 (20,0 %)<br>4 (20,0 %) | 10 (11,9 %)<br>9 (10,7 %) |
| Monogames Sexualleben<br>vorher<br>nachher | <br>66 (85,7 %)<br>66 (85,7 %) | <br>19 (95,0 %)<br>19 (95,0 %) | <br>78 (92,9 %)<br>76 (91,6 %) |

Unterschiede in den Auswirkungen auf die Regelanamnese

| | Gruppe 0 | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
|---|---|---|---|
| Blutung regelmäßiger | 9 (11,7 %) | 5 (25,0 %) | 11 (13,0 %) |
| keine Änderung | 42 (54,6 %) | 9 (45,0 %) | 45 (53,0 %) |
| Blutung häufiger/ länger | 14 (18,2 %) | 2 (10,0 %) | 17 (20,0 %) |
| Blutung unregel- mäßiger | 3 ( 4,0 %) | 0 | 4 ( 4,7 %) |
| Oligo-, Hypo-, Amennorrhoe | 9 (11,7 %) | 4 (20,0 %) | 8 ( 9,4 %) |
| prämenstruelles Syndrom vorher<br>nachher | 50 (65,0 %)<br>59 (76,6 %) | 15 (75,0 %)<br>15 (75,0 %) | 52 (61,2 %)<br>56 (65,9 %) |

Tabelle 13

Rudimentäre Symptome einer Scheinschwangerschaft

| | Gruppe 0 | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
|---|---|---|---|
| Angst vor Versagen der Methode | 14 (18,2 %) | 6 (30,0 %) | 20 (23,5 %) |
| Traum von Schwanger- schaft | 12 (15,6 %) | 2 (10,0 %) | 10 (11,8 %) |
| Gefühl von Schwan- gerschaft | 10 (13,0 %) | 3 (15,0 %) | 16 (18,8 %) |
| Erbrechen | 4 ( 5,2 %) | 0 | 4 ( 4,7 %) |
| Gefühl von Kindsbe- wegungen | 8 (10,4 %) | 1 ( 5,0 %) | 17 (20,0 %) |
| Gewichtszunahme | 4 ( 5,2 %) | 0 | 5 ( 5,9 %) |
| Gefühl, dicker zu werden | 7 ( 9,1 %) | 1 ( 5,0 %) | 11 (12,9 %) |

Tabelle 14

Unterschiede in den Auswirkungen auf die Psyche

| | Gruppe 0 | Gruppe 1 | Gruppe 2 |
|---|---|---|---|
| Schlafschwierigkeiten vorher | 16 (20,8 %) | 8 (40,0 %) | 13 (15,3 %) |
| nachher | 18 (23,4 %) | 6 (30,0 %) | 16 (18,8 %) |
| Reizbarkeit vorher | 41 (53,3 % | 11 ( 5,0 %) | 37 (43,5 %) |
| nachher | 29 (37,7 %) | 4 (20,0 %) | 29 (34,1 %) |
| Depression vorher | 21 (27,3 %) | 6 (30,0 %) | 17 (20,0 %) |
| nachher | 13 (16,9 %) | 3 (15,0 %) | 8 ( 9,4 %) |
| Hoffnungslosigkeit vorher | 11 (14,3 %) | 6 (30,0 %) | 10 (11,8 %) |
| nachher | 5 ( 6,5 %) | 1 ( 5,0 %) | 5 ( 5,9 %) |
| Vernichtungsgefühl vorher | 9 (11,7 %) | 2 (10,0 %) | 7 ( 8,2 %) |
| nachher | 3 ( 3,9 %) | 0 | 4 ( 4,7 %) |
| Ausgeglichenheit vorher | 35 (45,5 %) | 8 (40,0 %) | 38 (44,7 %) |
| nachher | 48 (63,3 %) | 16 (80,0 %) | 50 (58,8 %) |
| Lebensfreude vorher | 60 (77,9 %) | 14 (70,0 %) | 65 (76,5 %) |
| nachher | 65 (84,4 %) | 16 (80,0 %) | 64 (75,3 %) |
| Schuldgefühle | 0 | 3 (15,0 %) | 3 ( 3,5 %) |
| Aggressionsgefühle | 13 (16,9 %) | 1 ( 5,0 %) | 11 ( 3,5 %) |
| Störungen im Körperbild | 2 ( 2,6 %) | 0 | 4 ( 4,7 %) |

Tabelle 15

## IV. DISKUSSION

Im Jahre 1928 veröffentlichte MILT erstmals eine Untersuchung, in der er darauf hinwies, daß außer den gewünschten Folgen einer Tubenligatur relativ häufig Nebenerscheinungen sowohl physischer als auch psychischer Art auftreten. In den Jahren danach folgten u.a. Arbeiten von BINDER (1937), MELCHER (1951), NAVILLE (1952), HOLENSTEIN (1952), HOPPELER (1955) und aus neuerer Zeit von GREVE (1968), EICHER (1975), WILLE (1976) und PETERSEN (1977).

Die hier vorliegende Untersuchung behandelt die Ergebnisse der Klientel der Universitäts-Frauenklinik Würzburg unter besonderer Berücksichtigung eines Vergleichs der drei untersuchten Gruppen von Frauen:

Gruppe 0: Sterilisation im Intervall
Gruppe 1: Sterilisation nach Abruptio
Gruppe 2: Sterilisation post partum

Bei den Patientinnen handelte es sich im wesentlichen um Frauen aus der unterfränkischen Landbevölkerung. Diese Tatsache erklärt sowohl die große Zahl der Katholikinnen (77 %) als auch den hohen Prozentsatz der Frauen mit niederer Schulbildung (82,4 %).

Eine besonders wichtige Voraussetzung für die Verhinderung negativer Spätfolgen der Sterilisation ist nach HOPPELER der Grad der Freiwilligkeit, mit dem sich eine Frau dem Eingriff unterzieht, oder, wie es PETERSEN grundsätzlich formuliert: "Die günstigsten Bedingungen für eine chirurgische Kontrazeption sind größtmögliche Bewußtheit, seelische Gesundheit und Entscheidungsfreiheit sowie eine starke, zielgerichtete Motivation der Frau." Man würde daher erwarten, daß bei denjenigen Frauen, die sich im Intervall sterilisieren ließen (Gruppe 0), die besten Ergebnisse hinsichtlich der Spätfolgen gefunden werden, da diese Gruppe die größte Eigeninitia-

tive aufbringen muß, um den Eingriff durchführen zu lassen. Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang, daß diese Gruppe die relativ größte Anzahl von Frauen mit höherer Schulbildung, berufstätigen Frauen und mit Akademikern verheirateter Frauen aufweist. Es wäre durchaus möglich, daß durch den höheren Bildungsgrad und das Berufsleben die Frauen ein größeres Entscheidungspotential entwickelt haben, das sie von der Meinung der Umwelt weitgehend unabhängig macht.

Die Anregung zur Sterilisation erfolgte in allen drei Gruppen am häufigsten durch den Klinikarzt. In der Gruppe 1 fungierte der Arzt sogar in extremer Häufigkeit (95 %) als Beratungsquelle. Davon entfallen je 10 % auf Haus- und Facharzt. Der Grund für diesen Zusammenhang der extremen Häufigkeit des Klinikarztes als Beratungsquelle mit der Gruppe 1 ist wohl der, daß bei der Aufklärung und Beratung zur Interruptio wohl dem größten Anteil der Frauen zur gleichzeitigen Sterilisation geraten wird, damit nicht noch einmal eine Gravidität auftritt. 35 % dieser Frauen wurden trotz Verhütungsmethoden bereits ein oder mehrere Male schwanger, 30 % davon trotz IUP. Damit stehen diese Werte in krassem Gegensatz zu den beiden anderen Gruppen, in denen die kleinen Zahlen wohl nicht zuletzt daher rühren, daß viele Frauen von vornherein die Spirale als Kontrazeptionsmittel ablehnen. Daß die Pille jedoch auch nicht ohne Nebenwirkungen ist, zeigen die Unverträglichkeitsziffern: je 65 % Gruppe 0 und 1, 45 % Gruppe 2, wobei die Frage offenbleibt, ob die für die Frauen optimale Pille gefunden wurde.

Bei all diesen Betrachtungen sollte man auch einige Worte über den sozialen Hintergrund verlieren. Wie eingangs schon erwähnt wurde, kamen die Patientinnen aus einer überwiegend katholischen Bevölkerung, in der der Einfluß der Kirche deutlich spürbar ist. Dieser Einfluß zeigt sich auch auf dem Gebiete der Kontrazeption, d.h. daß die Frauen, die damals zur Sterilisation kamen, teilweise noch in einem sehr starren Glaubensprofil erzogen worden waren, in dem der Ge-

danke an Kontrazeption nur wenig oder gar keinen Raum haben durfte. So hörte man von einem Drittel der Frauen der Gruppe 2 als Argument für die Sterilisation post partum: "Wie hätte ich sonst den Aufenthalt den Nachbarn und Freunden erklären sollen?" und - sie seien ja gerade in der Klinik gewesen. Der Hintergrund ist eindeutig: hier steckt die Angst dahinter, für sexuell leichtfertig gehalten zu werden, zwar den Genuß haben, aber nicht die Verantwortung für die Konsequenzen tragen zu wollen.

Tatsächlich könnte man einwenden, daß der Wegfall der Schwängerungsangst und das Bewußtsein der Sterilität zur sexuellen Hemmungslosigkeit führe. Betrachtet man aber im Hinblick darauf die hier vorliegenden Ergebnisse, so finden sich lediglich in der Gruppe 2 3 Frauen (3,6 % bzw. 1,6 %, bezogen auf die Gesamtheit von 182 Frauen), die nach der Tubenligatur erstmals außereheliche Beziehungen aufnahmen. In den anderen Gruppen hatten die Frauen, die vor der Tubenligatur ein polygames Sexualleben führten, auch nach dem Eingriff außereheliche Beziehungen. Von insgesamt 17 Frauen, die vorher außereheliche Beziehungen hatten, hörten in 5 Fällen (33 %) die polygamen Bindungen nach der Sterilisation auf. Damit stimme ich mit WILLE überein, dessen Patientinnen nach der Sterilisation erstmals in 2 % außerehelichen Verkehr aufnahmen. Auch BINDER legt in seiner Arbeit dar, "daß es offenbar gar nicht häufig der Fall sei, daß jemand durch die Sterilisation zu sexueller Haltlosigkeit verführt wird".

A) Welche Motive führten zur Sterilisation?

Bei WILLE stehen im Hinblick auf die letzte Schwangerschaft vor der Tubenligatur 17 % Wunschkinder 40 % hingenommenen und 43 % unerwünschten Kindern gegenüber. Er zieht daraus den Schluß, daß zumindest für sein Patientenkollektiv "erfolgreiche und akzeptable Empfängnisverhütung mit herkömmlichen Methoden keine leichte, in Einzelfällen sogar unlösbare Aufgabe darstellt". Dem stehen in meiner Klientel 40 % Wunschkinder und 60 % zufällige, unerwünschte Kinder gegenüber. Auch wird an erster Stelle als Sterilisationsmotiv die Kinderzahl vor der Pillenunverträglichkeit und der med. Indikation genannt. Das macht eine größere Tendenz im Sinne der Familienplanung deutlich als bei den Ergebnissen WILLEs. Dabei darf natürlich nicht unerwähnt bleiben, daß sich in den drei Gruppen ein Unterschied in der Kinderhäufigkeit findet. So haben in der Gruppe 2 mehr Frauen 3 und mehr Kinder als in den beiden anderen Gruppen, so daß diese Patientinnen, wenn nicht aus med. Indikation, so doch relativ häufiger aufgrund der schon vorhandenen vergleichsweise größeren Kinderzahl und den damit verbundenen Überlastungs- und Erschöpfungserscheinungen post partum sterilisiert wurden. Hier wurde der familienplanerische Aspekt wohl eher von außen an die Frauen herangetragen als in den beiden anderen Gruppen. Allerdings gaben 67 % der post partum sterilisierten Frauen an, sie hätten den Eingriff auch außerhalb des Wochenbettes durchführen lassen.

B) Somatische und psychosomatische Beschwerden.

Nach einer Studie von BARGLOW (1964) über den Verlauf der psychosomatischen Verarbeitung kann man erwarten, daß Frauen drei Monate nach der Tubenligatur ein anderes Bild bieten als vier Jahre später. Bei der von mir untersuchten Klientel lag der Eingriff längstens zwei Jahre, kürzestens neun Monate zurück, so daß die von BARGLOW geforderte Einjahresfrist

zwar in den meisten, jedoch nicht in allen Fällen gewahrt war.

In welcher Weise veränderte nun der Eingriff das Verhältnis der Partner zueinander und welche Unterschiede zwischen den Gruppen gibt es?

In bezug auf das Sexualleben kann man feststellen, daß die Sterilisation insgesamt in 39,2 % der Fälle keinen, in 12,2 % einen negativen, aber in 48,6 % einen positiven Einfluß ausgeübt hat. Eine Verminderung der Satisfaktion wurde in 5 % gefunden.

Ein Vergleich mit anderen Autoren sieht wie folgt aus:

| | MILT (1927) | BINDER (1937) | MELCHER (1951) | NAVILLE (1952) | WILLE (1976) | EIGENE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| nicht beeinflußt | 55 % | 50 % | 53 % | 49 % | 16 % | 39 % |
| günstig beeinflußt | 10 % | 30 % | 17 % | 32 % | 81 % | 48 % |
| ungünstig beeinflußt | 35 % | 20 % | 20 % | 19 % | 3 % | 12 % |

Tabelle 16

Bei meinen Patientinnen ist die Tendenz in allen drei Gruppen gleich. Vergleicht man meine Gesamtwerte mit denen von WILLE, so weist er etwas bessere Ergebnisse auf. Die Satisfaktion wurde bei 81 % seiner Patientinnen erhöht. Im allgemeinen steigerte sich auch das Interesse des Ehemannes an seiner Frau nach der Tubenligatur, was aber nur in wenigen Fällen dazu führte, daß die Frauen, die vor der Sterilisation masturbierten, dieses nach dem Eingriff nicht mehr taten.

Analog der insgesamt günstigen Auswirkungen auf das Sexualleben findet man auch eine Zunahme der Koitusfrequenz. In der

folgenden Tabelle werden meine Ergebnisse mit denen WILLEs und EICHERs verglichen.

| | WILLE | EICHER | EIGENE |
|---|---|---|---|
| weniger | 11 % | 7 % | 8,8 % |
| unverändert | 54 % | 71 % | 70,2 % |
| mehr | 35 % | 22 % | 20,9 % |

Tabelle 17

Auswirkungen auf die Koitusfrequenz

Als wesentlicher Grund für dieses positive Ergebnis der Sterilisation ist sicherlich der Wegfall der Schwängerungsangst zu nennen. Entsprechend gaben 89 % der Würzburger Patientinnen eine Befreiung von der Schwängerungsangst an. Hinzu kommt, daß vor der Sterilisation 15,6 % des Gesamtklientels über chronische Unterleibsschmerzen klagten, nach dem Eingriff nur noch 8,2 %. Eine ähnlich positive Tendenz war bei der Betrachtung des Symptoms Kohabitationsschmerzen zu verzeichnen. Vor der Sterilisation gaben 38 Frauen (20,9 %) Beschwerden beim Verkehr an, bis 6 Monate post sterilisationem 35 Frauen (19,2 %), länger als 6 Monate 25 Frauen (13,7 %). Die Veränderungen sind sehr gering, da ein Teil der Beschwerden auf organische Ursachen zurückzuführen war (z.B. chronische Adnexitis in 4 Fällen, Descensus uteri in 1 Fall), die unabhängig von der Sterilisation auftraten.

Vergleicht man die Beschwerden in den ersten 6 Monaten mit denen darüber hinaus andauernden, so findet man nach einem längeren Zeitraum bessere Ergebnisse. Damit wird die Forderung BARGLOWs nach einer gewissen zeitlichen Frist zwischen Sterilisation und Befragung bestätigt.

C) Beeinflussung der Regelanamnese.

Bei 52,7 % der Frauen war nach der Sterilisation die Regelblutung unverändert, 13,7 % gaben ihre Menses als regelmäßiger, 33,4 % als insgesamt ungünstiger an. Diese Zahlen sind in Gruppe 0 und 2 sehr ähnlich. Gruppe 1 unterscheidet sich zum einen dadurch, daß die Blutung jetzt relativ regelmäßiger auftritt gegenüber den Frauen der anderen Gruppen, zum anderen dadurch, daß bei relativ weniger Frauen der Gruppe 1 die Menses allgemein ungünstig beeinflußt worden ist. Auch die Werte für das prämenstruelle Syndrom haben sich bei diesen Frauen vor und nach der Sterilisation nicht verändert, während in den Gruppen 0 und 2 nach der Tubenligatur mehr Patientinnen über ein prämenstruelles Syndrom geklagt haben. Nach WEIL, BAUMANN und SCHENK ist die Regelanamnese p. st. abhängig von der vor dem Eingriff verwendeten Antikonzeptionsmethode. Eine Frau, die bis zum Zeitpunkt der Sterilisation z.B. die Pille genommen hat, wird sicherlich p. st. die Menses eher als unregelmäßig empfinden als eine Frau, die vorher keine Hormonpräparate eingenommen hat. Umgekehrt ist die Hypermennorrhoe eine häufige Komplikation bei liegendem IUP. Da in der Gruppe 1 relativ häufig ein IUP als Kontrazeptionsmittel benutzt wurde, wird die günstige Beeinflussung der Regelanamnese durch die Sterilisation verständlich.

Ein Vergleich mit anderen Autoren sieht folgendermaßen aus:

| | BINDER (1937) | HOLENSTEIN (1952) | NAVILLE (1952) | HOPPELER (1955) | EIGENE |
|---|---|---|---|---|---|
| unbeeinflußt | 85 % | 82 % | 72 % | 66 % | 52,7 % |
| günstig beeinfl. | 6 % | 13 % | 13 % | 28 % | 13,7 % |
| ungünstig beeinfl. | 9 % | 5 % | 15 % | 6 % | 33,4 % |
| Bei EICHER trat in 23,7 % eine ungünstige Beeinflussung der Menses auf. | | | | | |

Tabelle 18

D) Auswirkungen auf den psychischen Bereich.

Nach PETERSEN läßt sich eine hohe Belastung mit Unzufriedenheit bei Frauen mit gleichzeitiger Interruptio erwarten. Dafür führt er zwei Gründe an: 1. verschmelze in der Erinnerung die Sterilisation mit dem Abbruch, 2. sei die Tubenligatur häufig Bedingung für den Abbruch. Damit würde der Eingriff unter Druck ausgeführt, was - und darin sind viele Autoren gleicher Meinung - zur schlechten Verarbeitung führe. Insgesamt gesehen kann ich die Meinung PETERSENs nicht ganz bestätigen. Zwar hatten drei Frauen der Gruppe 1 im nachhinein Schuldgefühle, 2 davon betonten aber, daß die Schuldgefühle sich nur auf die Interruptio bezögen, nicht auf die Tubenligatur. In allen anderen Gebieten wurde die psychische Verfassung verbessert. Keine wies Störungen im Körperbild auf, und die Aggressionsgefühle gegen den Partner post sterilisationem waren bei diesen Frauen weitaus geringer als in den beiden anderen Gruppen.

BINDER, MILT und MELCHER behaupteten, daß die Tubenligatur das Gefühl der sexuellen Vollwertigkeit beeinträchtige. WILLE dagegen konnte bei 64 % seiner Patientinnen keinen Unterschied zu früher feststellen, ein Drittel hatte sogar das Gefühl der gesteigerten Vollwertigkeit. Auch von den Würzburger Patientinnen hatten nur 6 Frauen (3,6 %) Störungen im Körperbild, die sich hauptsächlich in körperlichen Minderwertigkeitsgefühlen äußerten. Drei dieser Frauen wiesen gleichzeitig Schuldgefühle, meist religiöser Art, auf. Von der Gruppe 0 hatte keine Frau diese Schuldgefühle, eine Tatsache, die für das Wohlüberlegtsein des Eingriffes spricht. Andererseits findet man in dieser Gruppe auch die größte Anzahl Frauen (16,9 %), die nach der Sterilisation ihrem Partner gegenüber vermehrt Aggressivität zeigte.

Rudimentäre Symptome einer Scheinschwangerschaft findet man am häufigsten in der Gruppe 2. Dieses Ergebnis entspricht damit voll und ganz den Erwartungen, da viele Frauen dieser

Gruppe vor der Sterilisation ihre ganze Erfüllung im Mutterwerden sahen, dessen sie nun beraubt sind. Rational stehen sie zwar zu ihrer Entscheidung, emotional aber wird der mehr oder weniger verdrängte Schwangerschaftswunsch deutlich, dessen symbolische Anspielung diese Scheinschwangerschaftserlebnisse sind.

3 Frauen von insgesamt 182 (1,9 %) wurden nach der Sterilisation wieder schwanger. Eine aus der Gruppe 1 ging nicht zur Nachuntersuchung, bei der zweiten war der Eingriff im Wochenbett vorgenommen worden, bei der dritten wurden die Tuben nach einer Interruptio ligiert. WILLE fand dagegen eine Versagerquote von 0,1 %.

E) Standardisierte Testverfahren.

Standardisierte Testverfahren wurden nur von EICHER angewendet. Er benutzte postoperativ den MPI. Der Unterschied zu dem von mir verwendeten EPI liegt darin, daß der MPI (der im übrigen der Vorläufer des EPI ist) noch keine Lügenskala besitzt und die Tendenz der Fragestellung leichter erkennen läßt als der EPI.

In Anbetracht der geringen Probandenzahl der Gruppe 1 (n = 20) kann diese nur unter Vorbehalten mit den beiden anderen verglichen werden. Auch die gefundenen Werte innerhalb der Gruppe müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden. Betrachtet man die Lügenskala, ist ohnehin zu sagen, daß die ermittelten Werte nicht die tatsächlichen Einstellungen der Probanden widerspiegeln, sondern die Antwortgebung eine Tendenz im Sinne der sozialen Erwünschtheit aufweist. Die wirklichen Werte müßten gegebenenfalls kleiner sein. Eine Interpretation des Tests wird hiermit fraglich.

Insgesamt lassen diese Aussagen den Schluß zu, daß sehr viele Frauen, trotz der relativ großen Zahl der aufgetretenen Menstruationsbeschwerden, im nachhinein mit dem Eingriff zufrieden waren. Vergleicht man die Ergebnisse der drei Gruppen, so bietet die Sterilisation im Intervall die beste Ausgangssituation, weil diese Frauen den Eingriff mit größtmöglicher Überlegung und Entscheidungsfreiheit vornehmen lassen. Dies führt dazu, daß die Sterilisation von diesen Frauen psychisch und physisch am besten verkraftet wird, während sich in der Gruppe 2 (Sterilisation post partum) doch eine relativ große Zahl von Frauen ihrer Fruchtbarkeit beraubt fühlte, was sich in rudimentären Scheinschwangerschaftssymptomen deutlich niederschlägt. In der Gruppe 1 (Sterilisation nach Abruptio) fiel in der Erinnerung häufig die Interruptio mit der Sterilisation zusammen, so daß es relativ häufiger durch die Doppelbelastung zu Schuldgefühlen kam.

Insgesamt lassen die guten Ergebnisse im körperlichen und seelischen Bereich die Sterilisation als brauchbare kontrazeptive Maßnahme erscheinen, sofern ein "größtmögliches Bewußtsein, seelische Gesundheit und Entscheidungsfreiheit, sowie eine starke, zielgerichtete Motivation der Frau gewährleistet ist". (PETERSEN)

## V. ZUSAMMENFASSUNG

Insgesamt wurden 182 in den Jahren 1974/75 in der Universitäts-Frauenklinik Würzburg sterilisierte Frauen untersucht. Wir teilten die Patientinnen in drei Gruppen ein:

Gruppe 0: 77 Frauen (42,3 %), die sich im Intervall, d.h. nicht im zeitlichen Zusammenhang mit einer Schwangerschaft bzw. Geburt sterilisieren ließen.

Gruppe 1: 20 Frauen (11,0 %), bei denen eine Sterilisation gleichzeitig mit einer Interruptio durchgeführt wurde.

Gruppe 2: 85 Frauen (46,7 %), die post partum sterilisiert wurden.

### A) Gesamtergebnisse

Die Frauen waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 22 und 48 Jahre alt, 94 % waren verheiratet, 82,9 % hatten Volksschulbildung, 72 % waren katholisch. Die Anregung zur Sterilisation erfolgte in 68,1 % durch den Arzt, davon in 46,7 % der Fälle durch den Klinikarzt. Als Gründe für den Eingriff wurden die Kinderzahl mit 67,6 % an erster, die Pillenunverträglichkeit mit 55,5 % an zweiter Stelle genannt. Erst an dritter Stelle rangierte mit 33,0 % die med. Indikation. Die Kinderzahl schwankte zwischen 0 und 11, die mittlere Kinderzahl betrug 3,3. Hinsichtlich der Vasektomie konnten aus organisatorischen Gründen nur die Ehefrauen zu der Meinung ihrer Partner befragt werden, jedoch meinten diese, daß ihre Ehepartner zu 65,7 % der Vasektomie negativ gegenüberstünden, die Frauen selber lehnten in 54,4 % der Fälle die Vasektomie ab.

1) Veränderungen im Sexualbereich

Im Sexualbereich hatte die Sterilisation in 48,6 % der Fälle einen positiven und in 39,2 % keinen Einfluß. Als wichtigster Grund wurde für diese Entwicklung in 89 % von den Frauen die Beseitigung der Schwangerschaftsfurcht angegeben.

2) Veränderungen der Regelanamnese

Bezüglich der Regelanamnese fand sich in 52,7 % keine Veränderung, bei 13,7 % der Frauen war die Periode regelmäßiger. 38 % der Frauen gaben ihre Blutung als unregelmäßiger an, in 18,1 % kam die Periode häufiger oder länger, 11,5 % der Patientinnen hatten post sterilisationem eine Oligo-, Hypo- oder Amennorrhoe. Die Zahl der Frauen mit prämenstruellem Syndrom stieg von 64,3 % auf 71,4 %.

3) Psychische Veränderungen

Die Veränderungen der psychischen Stimmungslage zeigten fast durchweg positive Ergebnisse. 48,9 % der Frauen gaben an, vor dem Eingriff zeitweise an depressiven Verstimmungen gelitten zu haben, post sterilisationem waren es nur noch 34,1 %. Das Symptom Hoffnungslosigkeit sank von 14,8 % vor auf 6,0 % post sterilisationem. 9,9 % der Fälle mit Vernichtungsgefühlen vor dem Eingriff standen 3,8 % p. st. gegenüber. Die Werte für die Ausgeglichenheit stiegen von 44,5 % vor auf 62,6 % p. st., auch die Werte für die Lebensfreude stiegen von 76,4 % auf 79,9 %. Nur 6 Frauen (3,6 %) hatten Schuldgefühle, meist im Sinne von religiösen Versündigungsideen und Störungen im Körperbild, die sich vor allem in Minderwertigkeitsgefühlen äußerten.

4) Rudimentäre Symptome einer Scheinschwangerschaft

Das Gefühl, schwanger zu sein, meinten 15,9 % der Frauen zu haben, vermeintliche Kindsbewegungen fühlten 14,3 %. In diesem Zusammenhang erbrochen hatten 4,4 % der Frauen, 13,2 % träumten von Schwangerschaft, 10,4 % hatten das Gefühl dicker

zu werden, wobei sich eine tatsächliche Gewichtszunahme in 4,9 % der Fälle fand. Insgesamt hätten 94 % der Frauen den Eingriff wiederholen lassen.

B) Unterschiede zwischen den drei Gruppen

Bei Frauen mit höherer Schulbildung und bei berufstätigen Frauen war der Eingriff relativ häufiger unabhängig von einer Schwangerschaft. Unterschiede fanden sich auch in der Verteilung der Kinderhäufigkeit: der Gipfel in den Gruppen 0 und 1 lag bei 2, in der Gruppe 2 bei 3 Kindern.

1) Unterschiede im Sexualbereich

In diesem Punkt war die Tendenz in allen drei Gruppen gleich, so daß hier die Ergebnisse des Gesamtklientels für jede der drei Gruppen gleichermaßen relevant sind. Der Vergleich der in den ersten 6 Monaten p. st. geklagten Beschwerden mit denen im darüber hinausgehenden Zeitraum zeigt, daß, je länger die Frauen sich mit dem Eingriff auseinandersetzen, die Ergebnisse um so günstiger sind.

2) Unterschiede bezüglich der Regelanamnese

Hier unterschied sich die Gruppe 1 von den Gruppen 0 und 2 dadurch, daß a) die Blutung p. st. relativ regelmäßiger auftrat, b) daß bei relativ weniger Frauen der Gruppe 1 hinsichtlich der Stärke Abweichungen von der Norm zu finden waren. Auch die Werte für das prämenstruelle Syndrom hatten sich bei diesen Frauen nicht verändert.

3) Unterschiede im psychischen Bereich

3 Frauen der Gruppe 1 hatten im nachhinein Schuldgefühle, 2 davon betonten aber, daß diese Schuldgefühle sich nur auf die Interruptio bezögen, nicht auf die Sterilisation. Auch in der Gruppe 2 fanden sich 3 Frauen (2,3 %), die Bedenken religiöser

Art äußerten. Nur in der Gruppe O nannte keine der Frauen Schuldgedanken, jedoch findet man hier die größte Anzahl der Frauen, die ihrem Partner gegenüber p. st. vermehrt Aggressivität zeigte.

4) Rudimentäre Symptome einer Scheinschwangerschaft

Am häufigsten fanden sich entsprechende Symptome in der Gruppe 2.

C) Standardisierte Testverfahren

Den Patientinnen wurde vor der Befragung der EPI nach EYSENCK vorgelegt. In diesem Fragebogen, welchen die Frauen allein und in möglichst kurzer Zeit zu beantworten hatten, wurden die Faktoren Neurotizismus, Extraversion und eine Lügenskala bewertet. Das Ergebnis zeigte jedoch, daß die ermittelten Werte nicht die tatsächliche Einstellung der Patientinnen widerspiegelten, sondern daß eine Tendenz im Sinne sozialer Erwünschtheit vorlag. Damit wurde die Interpretation dieses Tests fraglich.

Insgesamt lassen diese Aussagen den Schluß zu, daß sehr viele Frauen, trotz der relativ großen Zahl der aufgetretenen Menstruationsbeschwerden, mit dem Eingriff zufrieden waren. Beim Vergleich der drei Patientengruppen fanden sich die besten Ergebnisse in der Gruppe O (Sterilisation im Intervall), da diese Frauen geringeren äußeren Zwängen unterlagen als die Frauen der Gruppen 1 und 2, und somit in ihrer Entscheidung freier waren. In der Gruppe 1 führte die Doppelbelastung durch Interruptio plus Sterilisation in einigen Fällen zu Schuldgefühlen, in der Gruppe 2 konnte sich ein Teil der Frauen nicht damit abfinden, ihre Fruchtbarkeit verloren zu haben, was sich in rudimentären Scheinschwangerschaftssymptomen äußerte.

Insgesamt lassen die guten Ergebnisse im körperlichen und seelischen Bereich die Sterilisation als brauchbare kontrazeptive Maßnahme erscheinen, deren Nebenwirkungsrate um so geringer ist, je zielgerichteter die Motivation der Frau ist und je freier von äußeren Notlagen der Entschluß gefaßt wurde.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Priv.-Doz. Dr. V. Lehmann, ehemals Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik Würzburg, jetzt Chefarzt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses Hamburg-Harburg, für die Überlassung des Themas.

Herrn Professor Dr. K.-H. Wulf, Direktor der Universitätsfrauenklinik Würzburg, danke ich herzlich für die Übernahme des Korreferates.

Ebenso danke ich Frau Simon, Diplom-Psychologin der Universitäts-Frauenklinik Würzburg, für ihre freundliche Unterstützung bei der Auswertung des EPI.

# L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1) Barglow, P.: Pseudocyesis and psychiatric sequelae of sterilization.
Arch. Gen. Psychiatry 11, 671-580 (1964)

2) Binder, H.: Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der operativen Sterilisierung der Frau durch partielle Tubenresektion.
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 40, 1-49, 249-276 (1937/38)

3) Bleier, W.: Eine neue Methode der Tubensterilisation mit einem Hestaform-Clip.
Vortr. Oberrhein. Gynäkologenkongreß, Freiburg/Br., Okt. 1973

4) Bonhoeffer, K.: Die Unfruchtbarmachung der geistig Minderwertigen.
Klin. Wschr. 1924, Nr. 18, S. 798-801

5) Eicher, W.; V. Herms, J. Thies und F. Kubli: Die seelische Verarbeitung der Sterilisation der Frau.
Frauenarzt 16, 263-269 (1975)

6) Ekblad, M.: The prognosis after sterilization on sozialpsychiatric ground.
Acta psychol. scand. suppl. 161 (1961)

7) Eysenck, H.J.: The structure of human personality.
London, 1953

8) Eysenck, H.J.: The questionnaire measurement of neuroticism and extraversion.
Revista di psycologia 50, 113-140 (1956)

9) Greve, W.: Die psychische Verarbeitung der Sterilisation. In: Kepp, R. und H. Koester: Empfängnisregelung und Gesellschaft, 37-50, Stuttgart: Georg Thieme (1969)

10) Heiss, H.: Die Sterilisation der Frau. Stuttgart, Enke (1969)

11) Holenstein, A.: Nachuntersuchungen bei 95 aufgrund psychiatrischer Indikation sterilisierter Frauen. Praxis 41, 413-419 (1952)

12) Hoppeler, P.: Nachuntersuchungen von 100 aufgrund psychiatrischer Indikation ohne vorherige Interruptio graviditatis sterilisierter Frauen. Praxis 44, 24-30 (1955)

13) Jung, C.G.: Psychologische Typen. Zürich (1960)

14) Melcher, R.: Nachuntersuchungen über subjektive Späterscheinungen bei sterilisierten Frauen. Med. Diss. Zürich (1951)

15) Mende, W.: Psychische Reaktionen und Entwicklungen nach Sterilisierung. Vortrag, Gießen (1973)

16) Milt, B.: Einfluß der Sterilisation durch partielle Tubenresektion auf die Menstruation und das Geschlechtsleben. Z. Ges. Neurol. Psychiat. 112, 639-660 (1928)

17) Naville, A.: Nachuntersuchungen bei 195 auf eigenes Begehren und ohne vorherige psychiatrische Begutachtung sterilisierter Frauen. Praxis 41, 1020-1024 (1952)

18) Ott, S.: Der Fall Dr. Dohrn.
München Szczesny (1964)

19) Petersen, P.: Chirurgische Kontrazeption der Frau und die seelischen Folgen.
Sexualmedizin (1977) I: S. 13 - 21
II: S. 100-110
III: S. 204-215
IV: S. 295-296
Bibliographie IV: S. 331-334

20) Schneider, H.E.: Mögliche Folgen nach freiwilliger Sterilisation der Frau.
Münch. Med. Wschr. 36, 1185-1188 (1971)

21) Weil, A.; U. Baumann und W. Schenk: Verursacht die laparoskopische Tubensterilisation Zyklusstörungen?
Vortrag Dtsch. Gesellschaft f. Gyn. und Geburtshilfe, München 1978

22) Wille, R.: Katamnestische Untersuchungen an 1842 sterilisierten Frauen.
Münch. Med. Wschr. 28, 118 (1976)

# L e b e n s l a u f

| | |
|---|---|
| 21.11.1953 | Geburt als Tochter des Fahrsteigers Helmut Spath und seiner Ehefrau Hildegard, geb. Overhage.<br>Geburtsort: Werne in Westfalen |
| Ostern 1960 | Einschulung in Werne. |
| 1964 | Übertritt in das neusprachliche Geschw.-Scholl-Gymnasium in Lünen. |
| 1972 | Abitur an der gleichen Schule |
| WS 1972/73 | Beginn eines Chemie-Studiums an der Ruhr-Universität Bochum. |
| SS 1973 | Beginn des Medizinstudiums an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg. |
| März 1975 | Physikum, |
| März 1976 | Erster Teil des Staatsexamens, |
| März 1978 | Zweiter Teil des Staatsexamens.<br>Anschließend vier Monate im Wahlfach "Psychiatrie" an der Universitäts-Nervenklinik Würzburg und je vier Monate "Innere Medizin" und "Chirurgie" am Landeskrankenhaus Coburg im Rahmen des Praktischen Jahres. |
| Mai 1979 | Dritter Teil des Staatsexamens. |
| 22. Juni 1979 | Eheschließung mit Herrn Matthias Albani, ebenfalls Arzt. |
| 1.10.1979 - 31.12.1979 | Anstellung als Assistenzärztin im Fach Psychiatrie in der Privatklinik Christophsbad in Göppingen. |
| Seit 1.1.1980 | Anstellung als Assistenzärztin in der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe der Klinik am Eichert, Göppingen. |

Würzburg, den 25. April 1980

Maria M. Albani